



Liberty Insurance Berhad (16688-K)

8th Floor Menara Liberty, 1008 Jalan Sultan Ismail, 50250 Kuala Lumpur, Malaysia.

P.O. Box 6120 Pudu, 59916 Kuala Lumpur.

Tel: 03-2619 9000 Fax: 03-2693 0111 www.libertyinsurance.com.my

NOTIS TUNTUTAN DI BAWAH POLISI KEMALANGAN DIRI

BUTIR-BUTIR PEMEGANG POLISI

Nama		Polisi No	
Alamat		No Pendaftaran GST Tarikh Pendaftaran Tujuan penggunaan	Komersial/ Peribadi
No Telefon		E-mel	

BUTIR-BUTIR PENUNTUT

Nama		No. K/P	
Alamat			
No Telefon		E-mel	

PARTICULARS OF ACCIDENT

Tarikh Kemalangan		Masa	
Penerangan Kemalangan			
Penerangan Kecederaan			
Adakah terdapat kecederaan sebelumnya? (Sila huraikan)			
Tarikh sambung kerja			
Adakah sebarang tuntutan telah dibuat terhadap mana-mana pihak lain berkenaan dengan kemalangan ini?	Ya/ Tidak		

BUTIRAN BANK GIRO

Untuk memudahkan kami dengan pembayaran tuntutan pantas melalui pindahan terus ke akaun bank anda, sila berikan kami butiran bank berikut.

Nama (seperti dalam akaun bank)		Nama Bank	
Nombor akaun		Cawangan Bank	

Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa maklumat dan dokumen yang dikemukakan di atas adalah benar dan betul dan saya/kami tidak menyembunyikan daripada Syarikat sebarang maklumat yang saya/kami ketahui berkenaan dengan kenyataan di atas.

Saya/kami dengan ini mengesahkan bahawa saya/kami telah membaca, memahami dan bersetuju untuk terikat dengan syarat-syarat Notis Privasi Liberty Insurance Berhad (yang boleh didapati di www.libertyinsurance.com.my atau telah disediakan untuk saya) dan persetujuan kepada pemprosesan data Peribadi saya seperti yang diterangkan dalam Notis Privasi Liberty Insurance. Khususnya, Saya/Kami, memahami dan bersetuju bahawa sebarang Data Peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh Liberty Insurance Berhad sama ada terkandung dalam permohonan ini atau sebaliknya diperolehi boleh dipegang, digunakan, diproses dan didedahkan oleh Liberty Insurance Berhad kepada individu dan/atau organisasi yang berkaitan kepada dan dikaitkan dengan Liberty Insurance Berhad atau mana-mana pihak ketiga terpilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk tetapi tidak terhad kepada institusi perubatan, penanggung insurans semula, penyelaras/penyiasat tuntutan, peguam cara, persatuan industri, pengawal selia, badan berkanun dan pihak berkuasa kerajaan seperti yang diterangkan dalam Liberty Notis Privasi Insurance Berhad) untuk tujuan memproses permohonan/tuntutan ini dan menyediakan perkhidmatan seterusnya yang berkaitan dengannya dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan tersebut.

Tandatangan

Nama _____
No. K/P _____
Tarikh _____

LAPORAN KESIHATAN

Nama Pesakit	No. K/P
Tarikh Kecederaan	Pekerjaan
Punca Kecederaan	
Sifat Kecederaan	
Sila nyatakan rawatan yang diberikan kepada pesakit	
Sila terangkan jika pesakit mempunyai sebarang keadaan masa lalu atau sekarang yang menjejaskan kecederaan ini?	
Pada pendapat anda, sila nyatakan berapa lama pesakit ini tidak dapat melaksanakan tugasnya berkenaan dengan pekerjaannya: Dilumpuhkan sementara daripada _____ hingga _____ Dilumpuhkan sepenuhnya daripada _____ hingga _____	

UNTUK HILANG UPAYA KEKAL sahaja

Sila terangkan bagaimana kecederaan menjejaskan kecacatan fizikal kekal pesakit	
Sila nyatakan sebab pendapat anda bahawa pesakit cacat fizikal secara kekal	
Adakah pesakit mempunyai sebarang keadaan perubatan/fizikal yang menyebabkan/menyumbang kepada kemalangan atau merumitkan rawatan/pemulihan daripada kecederaan	
Adakah terdapat kemungkinan pesakit akan pulih sebahagian/seluruhnya daripada kecacatan fizikal dengan rawatan/pemulihan? Sila terangkan kemungkinan rawatan/pemulihan	

Saya dengan ini membenarkan pertubuhan perubatan atau doktor atau pakar perubatan atau mana-mana kakitangan perubatan lain yang merawat saya untuk mendedahkan apa-apa dan semua maklumat berkenaan dengan keadaan perubatan saya, tidak terhad kepada penyakit, kecederaan, sejarah perubatan, perundingan, preskripsi dan rawatan kepada Liberty Insurance Berhad atau wakilnya. Saya mengaku bahawa apa-apa cara salinan kebenaran ini sama ada dalam bentuk fizikal atau digital adalah berkesan dan sah seperti yang asal.

Saya dengan ini memperakui bahawa perkara di atas adalah benar dan betul dan merupakan akaun yang tepat daripada rekod perubatan kami. Saya mengisytiharkan bahawa saya akan melayan sebarang dan semua pertanyaan lanjut daripada Liberty Insurance Berhad atau wakilnya dengan segera dan tepat.

 Tandatangan Pesakit
 Tarikh _____

 Tandatangan doktor/pakar perubatan/pakar dengan cop
 Tarikh _____